

---

# Opinión de enfermeras y médicos de centros de larga estancia sobre la eutanasia

---

Opinion of nurses and physicians from long-term  
care facilities about euthanasia

Trabajo de fin de grado.



Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Medicina  
Grado de Enfermería 2019/2020

Autora: Isabel Maroto Avilés  
Tutora: M<sup>a</sup> Luisa Díaz Martínez



## Resumen

**Introducción:** la eutanasia es un tema de plena actualidad tanto en el contexto europeo como en nuestro país, donde este año se ha presentado la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia por el Grupo Parlamentario Socialista. Explorar la visión, vivencias y sentimientos entorno a la eutanasia de las enfermeras, enfermeros, médicos y médicas que trabajan en centros de larga estancia resulta clave, ya que en ellos cabría la posibilidad de que algunos de los pacientes que reciben cuidados, o sus representantes, puedan solicitar la prestación de ayuda para morir. **Objetivo:** conocer la opinión sobre la eutanasia de enfermeras, enfermeros, médicos y médicas de centros clasificados como “Geriatría y/o larga estancia” de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). **Metodología:** se trata de un estudio cualitativo de corte fenomenológico. Esta investigación se llevará a cabo en los centros clasificados como “Geriatría y/o larga estancia” de la CAM. La captación de los participantes se realizará por medio de anuncios en la intranet de los centros y por e-mails que se enviarán a la población diana. Se empleará la entrevista semiestructurada. **Resultados:** los datos obtenidos se analizarán por el equipo de investigación para posteriormente ser publicados en un informe de investigación.

**Palabras clave:** investigación cualitativa, eutanasia, enfermeras, médicos, cuidados a largo plazo.

## Abstract

**Introduction:** euthanasia is a very current issue both in the European context and in our country, where this year the Socialist Parliamentary Group has presented the Organic Law Proposal for the regulation of euthanasia. Exploring the vision, experiences and feelings surrounding euthanasia of nurses and physicians who work in long-term care centres is key, as there is a possibility that some of the patients who receive care, or their representatives, may request help in dying. **Aim:** to ascertain the opinion on euthanasia of nurses and physicians from centres classified as "Geriatrics and/or long-stay" of the Autonomous Community of Madrid (CM). **Methodology:** this is a qualitative study of a phenomenological nature. This research will be carried out in the centres classified as "Geriatrics and/or long stay" of the CM. Participants will be recruited by means of advertisements on the centres' intranet and by e-mails sent to the target population. The semi-structured interview will be used. **Results:** the data obtained will be analysed by the research team and subsequently published in a research report.

**Key words:** Qualitative Research, Euthanasia, Nurses, Physicians, Long-term Care.



## Contenido

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1. Contextualización. ....	1
1.1.1. Situación social.....	1
1.1.2. Cultura al final de la vida. ....	2
1.1.3. Situación legislativa.....	3
1.2. Definiciones. ....	9
1.3. Bioética y Eutanasia.....	13
1.4. Perspectiva de los cuidados enfermeros. ....	14
1.5. Opinión de los profesionales sanitarios. ....	16
<b>2. Objetivos. ....</b>	<b>18</b>
2.1. Objetivo general.....	18
2.2. Objetivos específicos. ....	18
<b>3. Material y método. ....</b>	<b>18</b>
3.1. Diseño del estudio.....	18
3.2. Ámbito del estudio.....	19
3.3. Población y muestra.....	19
3.4. Herramientas para la recogida de la información. ....	20
3.5. Equipo de Investigación y Trabajo de Campo.....	23
3.6. Análisis de los datos. ....	24
3.7. Técnicas de garantía de los resultados de la investigación. ....	25
3.8. Aspectos éticos. ....	27
3.9. Temporalización y cronograma. ....	28
3.10. Presupuesto económico. ....	29
<b>4. Reflexiones finales. ....</b>	<b>30</b>
4.1. Limitaciones del estudio. ....	30
4.2. Implicaciones en la práctica.....	31
4.3. Propuestas para nuevas líneas de investigación.....	31
<b>5. Agradecimientos. ....</b>	<b>32</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>33</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>39</b>
Anexo 1. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. ....	39
Anexo 2. Carta al comité de ética. ....	50
Anexo 3. Consentimiento informado a los participantes. ....	51

Anexo 4. Solicitud de Evaluación por el Comité de Ética de la Investigación (CEI-UAM) para Trabajos de Investigación en el Ámbito Docente. Anexo 1B. ....	53
Anexo 5. Guion de la entrevista.....	56
Anexo 6. Tabla de transcripción. ....	58

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Leyes sobre el final de la vida en las CCAA de España.....	5
<b>Tabla 2.</b> Resumen Propuesta de Ley.....	6
<b>Tabla 3.</b> Definiciones en la legislación europea.....	8
<b>Tabla 4.</b> Trabajo de disminución de la incertidumbre.....	16
<b>Tabla 5.</b> Tipos de pregunta.....	22
<b>Tabla 6.</b> Cronograma.....	28
<b>Tabla 7.</b> Presupuesto económico.....	30





## 1. Introducción.

En este trabajo se va a abordar la visión de las enfermeras, enfermeros, médicos y médicas sobre la eutanasia, centrándonos en aquellos que trabajan en centros de larga estancia, ya que en ellos cabría la posibilidad de que algunos de los pacientes que reciben cuidados, o sus representantes, puedan solicitar la prestación de ayuda para morir. Para ello, primero se describirá la situación sobre la eutanasia, ya que se trata de un tema que actualmente se encuentra en el candelero tanto por la situación social en España, como por el contexto político y legislativo español y europeo. A continuación, se definirán términos afines a la misma y que con frecuencia pueden resultar confusos, para finalmente presentar el proyecto de investigación mediante el que se buscará explorar la opinión y vivencias de los profesionales de los centros de larga estancia sobre la eutanasia.

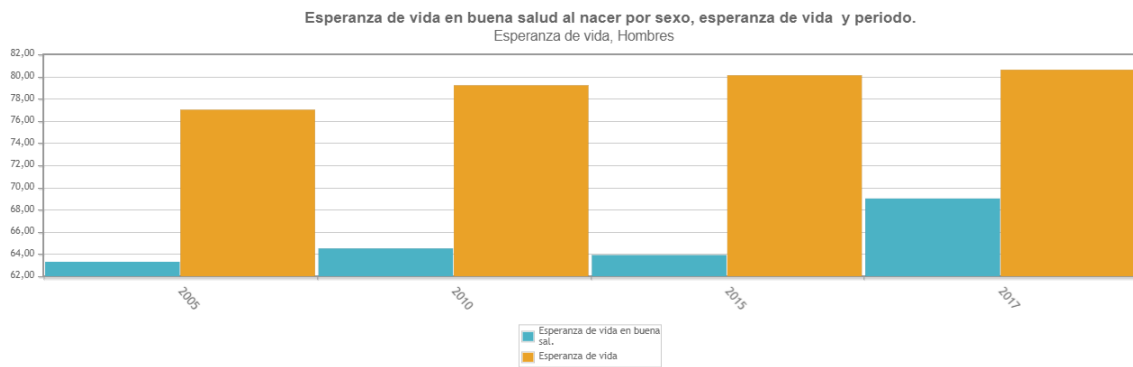
### 1.1.Contextualización.

#### 1.1.1. Situación social.

Respecto a cómo se conforma nuestra sociedad actual, se trata de una población cada vez más envejecida puesto que nuestros mayores viven más años como se ha podido observar en el estudio realizado por Abellán y Pujol en 2015. Este aumento de la longevidad de la población lleva consigo el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, que a su vez provoca una mayor dependencia en las personas que las sufren. Todo ello ha generado necesidades que la sociedad debe cubrir, como es el cuidado de las personas dependientes, que frecuentemente no se pueden llevar a cabo en el domicilio y, por tanto los pacientes ingresan en centros de larga estancia en los que son profesionales quienes brindan estos cuidados.

Además, está a la orden del día el debate sobre la muerte digna, ya que, en muchas ocasiones, aunque se aumente la esperanza de vida no ocurre lo mismo con la calidad de esta. Las personas viven durante largos periodos de tiempo, sin embargo, esto puede ser a costa de una mala calidad de vida, se puede ver cómo ha aumentado mucho más la esperanza de vida que la esperanza de vida con buena salud como muestran los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística [INE] (2019), (Figuras 1 y 2). Aunque es cierto que tener una buena calidad de vida no se basa únicamente en tener una buena salud, esta es uno de los principales indicadores de calidad de vida (INE, 2019).

**Figura 1.** Esperanza de vida en buena salud hombres.



Fuente: INE, 2019.

**Figura 2.** Esperanza de vida en buena salud mujeres.



Fuente: INE, 2019.

### 1.1.2. Cultura al final de la vida.

También es oportuno en este punto hablar de la percepción cultural que hay sobre el final de la vida y que a menudo está impregnada de un sentido religioso. En España, existe una gran influencia de la religión católica, ya que históricamente ha sido un país en el que el cristianismo ha tenido un peso importante en muchos aspectos culturales, entre ellos el final de la vida. Aunque es cierto que cada vez la religión toma menos protagonismo en la forma de vida de algunas sociedades, como ocurre en nuestro país, muchos aspectos culturales que tenemos vivamente inculcados vienen dados por esta.

Como recoge Lizarazo (2017), los cristianos no ven con malos ojos la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), ya que consideran que cuando una persona muere, es la voluntad de Dios. Sin embargo, no está bien visto por el cristianismo la práctica de la eutanasia o el suicidio asistido, puesto que no creen que ninguna persona tenga la capacidad de llevar a cabo un acto que tendría que depender de Dios, si bien es cierto que hay corrientes que, en algunos casos, pueden llegar a apoyar la eutanasia. El catolicismo,

que es la rama que predomina en nuestro país, no acepta estas prácticas. Aunque en un principio la Iglesia Católica rechaza la eutanasia, en 1980 en La Congregación para la Doctrina de la Fe, se hizo una reflexión sobre la eutanasia en la que se habla del valor cristiano del dolor y el sufrimiento como signo del amor por Dios y por la vida, pero a su vez ponen de manifiesto que no se justifica el malestar y abogan por que los enfermos usen las medicinas oportunas para aliviar el dolor y el sufrimiento, lo que se podría extrapolar al apoyo por parte de la Iglesia de unos excelentes cuidados paliativos (CP).

A pesar de la influencia de la religión, cada vez son más las personas que están a favor de la regulación y legislación de la eutanasia en nuestro país, ya que, como se ha mencionado anteriormente, la religión cobra menos importancia en estos aspectos de la vida y se postulan otros valores como el respeto a la dignidad de las personas y a su libertad de decisión. Un ejemplo de ellos es la encuesta sobre la eutanasia realizada por Metroscopia en 2017, en la que el 84% de los encuestados estaban a favor de que un médico proporcionase una sustancia a un enfermo incurable para acabar con su vida. Además, llama la atención el dato de que el 56% de los católicos practicantes defendían lo que en esta encuesta llaman “la muerte digna” (Ferrándiz, 2017).

### 1.1.3. Situación legislativa.

#### 1.1.3.1. Europa.

En Europa, actualmente son cuatro los países en los que existen leyes relativas a la regulación y despenalización de la eutanasia. Estos son Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo y Suiza. Entre las leyes de estos países podemos encontrar diversas diferencias que se abordarán a continuación.

Por orden cronológico, el primer país en el que hubo una ley relativa a la eutanasia fue **Holanda**, donde en 2001 se aprobó la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, que entró en vigor en abril de 2002. En ella se definen las situaciones en las que sería legal aplicar la eutanasia, cómo tienen que constituirse las Comisiones Regionales de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y los requisitos que dichas comisiones tendrán en cuenta a la hora de aprobar o denegar las peticiones de ayuda al suicidio en los pacientes que la soliciten. (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 2016)

El segundo país europeo que tuvo una Ley al respecto fue **Bélgica**, que en 2002 despenalizó la eutanasia, sin contemplar el suicidio asistido, es decir, la eutanasia (acto

intencionado de terminar con la vida de una persona a petición de esta.) es un acto legal, mientras que el suicidio asistido es delito. Además, explica cómo se configurará la Comisión Federal de control y evaluación y cuáles son las funciones de esta, como se refleja en la traducción realizada por la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente de la Ley belga. De esta Ley cabe destacar el Artículo 15 que versa así “la persona fallecida como consecuencia de una eutanasia efectuada según las condiciones impuestas por la presente ley es declarada fallecida de **muerte natural** a todos los efectos [...]”. (p. 6) (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 2016)

**Luxemburgo** en 2009 aprobó la Ley sobre la Eutanasia y Asistencia al Suicidio. En ella se diferencia entre eutanasia “el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma”, y asistencia al suicidio “el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o procure a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma”. Además, como en las Leyes antes mencionadas, se explican los requisitos que hay que cumplir para la petición y aplicación tanto de la eutanasia como del suicidio asistido, así como la formación y funciones de la Comisión Nacional de Control y Evaluación. (Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, 2016)

Por último, en **Suiza** el suicidio asistido es legal, pero el médico no debe estar implicado a no ser que sea necesario un control de la prescripción de la sustancia oportuna. Son asociaciones como DIGNITAS las que se encargan de llevarlo a cabo. Asimismo, el país alpino acepta que ciudadanos extranjeros viajen a su país para morir allí mediante este método (Luley, 2016).

Resulta interesante, ver los datos sobre notificaciones de casos en los que se ha practicado la eutanasia en los países europeos en los que esta es legal. En 2018, en Países Bajos 6.216 notificaciones de eutanasia, conformando un 4% del número total de personas fallecidas, un 0,4 % menos que en 2017 (6.585 notificaciones), siendo la primera vez desde hace años que ha disminuido el número de notificaciones con respecto al año anterior en este país (Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia, 2018). En el último informe realizado por Bélgica no se recoge el porcentaje de muertes por eutanasia respecto al total de los fallecimientos, pero señalan que se registraron 2655 notificaciones, un 12,5% más que el año anterior, resultando este aumento muy significativo, ya que en 2018 respecto al año anterior las cifras aumentaron un 1,8%

(*Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie*, 2020). En Luxemburgo, según recoge la periodista Hannah Brenton (2019), en los 10 años que la Ley de eutanasia lleva en vigor en este país son solamente 71 las personas que han elegido esta vía para poner fin a su vida. El último informe disponible de DIGNITAS, la principal asociación suiza que se dedica a prestar el suicidio asistido, recoge que han sido 495 personas las que entre agosto de 2012 y diciembre de 2014 quienes han sido beneficiarios del suicidio asistido, mientras que las peticiones que les han hecho llegar fueron un total 990 (DIGNITAS, 2017).

### 1.1.3.2.España.

En el contexto político y legislativo nacional se ha presentado una Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, fechada el 24 enero de 2020. Como precedentes, en nuestro país han existido varios intentos a lo largo de los últimos años de llevar al Congreso una ley que regulase la eutanasia, pero que no ha sido aprobada en diversas ocasiones. Esta última propuesta de ley superó su primera votación en el Congreso de los Diputados el pasado 11 de febrero de 2020, con 201 votos a favor, 143 votos en contra y 2 abstenciones. Después de esta primera votación, los diferentes grupos parlamentarios podrán presentar las modificaciones que consideren necesarias a la Ley y esta se someterá a una nueva votación, tras la que en el supuesto de obtener una mayoría absoluta se votará de nuevo en el Senado, que también podrá realizar cambios en ella y una vez esta última cámara vote la ley y saque mayoría absoluta, será devuelta al Congreso donde se valorarán las modificaciones propuestas por el Senado (Congreso de los Diputados, 2020).

Por otra parte, algunas Comunidades Autónomas (CCAA) tienen legislación relativa específica relacionada con el final de la vida, la cual se recoge en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Leyes sobre el final de la vida en las CCAA de España.

CCAA	Ley	Año
<b>Andalucía</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte	2010
<b>Navarra</b>	Ley Foral de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte	2011
<b>Aragón</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Persona en Proceso de Morir y de la Muerte	2011
<b>Canarias</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de su Vida	2015
<b>Baleares</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir	2015

<b>Galicia</b>	Ley de Derechos y Garantías de las Personas Enfermas Terminales	2015
<b>Euskadi</b>	Ley de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida	2016
<b>Madrid</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Morir y de la Muerte	2017
<b>C. Valenciana</b>	Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Atención al Final de la Vida	2018

Fuente: elaboración propia.

Ninguna de estas leyes supone una regulación de la eutanasia o el suicidio asistido, pero define situaciones al final de la vida con el objetivo de garantizar los derechos de las personas ante el proceso de la muerte como son la información, el rechazo del tratamiento, la toma de decisiones o la realización de declaraciones anticipadas, entre otros. Así como refleja las garantías que debe ofrecer el sistema de salud de cada CCAA a los pacientes en el proceso de morir, como son el acompañamiento tanto al paciente como a la familia, el asesoramiento en cuidados paliativos o la intimidad en la situación final de la vida si la situación se produce en el ámbito hospitalario.

Volviendo a la propuesta de Ley Orgánica, esta busca dar una “respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista” a la eutanasia como demanda de la sociedad en la que nos encontramos en el contexto nacional. Para ello se han tomado como modelos aquellas leyes en las que no solo se despenaliza el homicidio en contexto eutanásico, sino que, además, lo regula, teniendo en cuenta unas premisas que se deben cumplir para poder llevar a cabo la eutanasia. En la Tabla 2 se recogerán los aspectos más importantes de dicha Propuesta de Ley, que se adjunta en el Anexo 1.

**Tabla 2.** Resumen Propuesta de Ley.

Capítulo	Contenido	Página del anexo 1
<b>Capítulo I</b> Artículos 1, 2 y 3	Ámbito de aplicación: personas que actúen o se encuentren en el territorio español. Objetivo y definiciones.	Página 4
<b>Capítulo II</b> Artículos 4, 5, 6 y 7.	Derecho de las personas a solicitar la eutanasia y los requisitos para el ejercicio. Requisitos para realizar la petición. Requisitos para las denegaciones de la prestación.	Páginas 5-6
<b>Capítulo III</b> Artículos 8, 9, 10, 11 y 12.	Se explica cuál es procedimiento a seguir para realizar la prestación de ayuda a morir. Se expone el procedimiento a seguir por el médico según qué casos y el control que debe llevar a cabo la Comisión de	Páginas 6 - 8

	Evaluación y Control. Así como el propio procedimiento y la posterior comunicación a la Comisión tras la realización del mismo.	
<b>Capítulo IV</b> Artículos 13, 14, 15 y 16.	Dicho capítulo trata sobre la garantía de acceso a la ayuda para morir, así como las medidas que se adoptarán en los servicios de salud para asegurar su calidad. También la protección de la intimidad y confidencialidad de los datos del paciente, así como el derecho de los profesionales a presentar la objeción de conciencia.	Páginas 8 - 9
<b>Capítulo V</b>	El último capítulo habla de las Comisiones de Control y Evaluación, cómo se crearán y cuáles serán su composición y funciones. Además, destaca el deber de secreto que tendrán dichas comisiones, es decir, no deberán revelar sus deliberaciones, así como datos personales.	Páginas 9 - 10

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, en la Disposición final primera de esta propuesta se recoge la Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. En la que:

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

“4. No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria” (p. 11)

Actualmente la eutanasia está penada como homicidio en la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal y el apartado que se modificaría con esta ley, actualmente versa:

El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo. (p. 60)

Respecto a dicha Propuesta de Ley cabe señalar algunos puntos, como el que discute las Comisiones de Control y Evaluación sobre las que hay un punto dedicado a su creación y composición, pero en ningún momento dice el perfil que deben tener las personas que formen parte de dicha comisión, no esclarece si serán sanitarios, psicólogos, abogados...



Es destacable también la disposición adicional primera, que trata sobre la causa de la muerte, la cual se considerará muerte natural, al igual que en la Ley belga.

En la Tabla 3 se recogen las principales diferencias/similitudes entre las leyes europeas que regulan la eutanasia y la Propuesta de Ley española:

**Tabla 3.** Definiciones en la legislación europea.

	Eutanasia	Suicidio asistido	Pacientes
<b>Bélgica</b>	Acto intencionado de terminar con la vida de una persona a petición de esta	No se regula, es delito	Nacionalidad belga. Mayores de edad hasta 2014 que hacen una modificación para menores de edad. Petición expresa y libre del paciente
<b>Países Bajos</b>	No se recoge este término	Auxilio al suicidio: ayudar deliberadamente a una persona a suicidarse o facilitarle los medios necesarios a tal fin	Nacionalidad holandesa. A partir de los 16 años. Petición expresa y libre del paciente
<b>Luxemburgo</b>	Acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma	Asistencia al suicidio: hecho en el que un médico ayuda intencionalmente a otra persona a suicidarse o procura a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma.	Nacionalidad luxemburguesa. Mayores de edad. Petición expresa y libre del paciente
<b>Suiza</b>	Está penalizada	Es legal, pero solo lo realizará un médico si es necesario controlar una correcta prescripción. Por medio de asociaciones (p. ej. DIGNITAS)	No importa la nacionalidad. Paciente consciente y capaz (evaluación médica). Petición expresa y libre del paciente
<b>España</b>	Podría equipararse la prestación de ayuda para morir en la modalidad i: la administración de una sustancia por parte del profesional sanitario	Prestación de ayuda para morir en modalidad ii: prescripción o suministro de una sustancia que el paciente se autoadministrará	Nacionalidad española. Mayores de edad. Petición expresa y libre del paciente (puede ser con un documento de voluntades previas)

Fuente: elaboración propia.

## 1.2. Definiciones.

Seguidamente, hay que aclarar términos afines a la materia, ya que existen varios al respecto que pueden generar confusión.

Etimológicamente **eutanasia** es una palabra que procede del griego, siendo *eu* bueno y *tanathos* muerte, por lo que literalmente se traduce como “buena muerte”, lo que ha hecho que parte de la población traslade esta traducción a “muerte digna”. La definición que se utiliza actualmente hace referencia a las acciones que llevan a cabo otras personas, a petición de un paciente que sufre física o psíquicamente, que vive en una situación inaceptable e indigna como consecuencia de una enfermedad incurable, con la intención de evadirle sufrimiento, causando su muerte de manera segura, rápida e indolora (Eutanasia y suicidio asistido, 2016, p. 86). Para hablar de eutanasia es necesario clarificar qué significado tendrá este término, puesto que a lo largo de los años se han ido manejando diversas expresiones como “eutanasia pasiva”, “eutanasia involuntaria”, “eutanasia indirecta”, etc. que diversos autores no contemplan, ya que, para hablar de eutanasia es necesario que esta sea voluntaria, directa y médica, por lo que al hablar de eutanasia en este trabajo se tomará la definición anteriormente expuesta.

Desde un punto de vista legal actualmente en nuestro país, la eutanasia es un acto que queda reflejado como delito en la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, aunque no se nombra directamente, concretamente en el apartado 4 del artículo 143, con el título “Del homicidio y sus formas”, definición que ha sido abordada anteriormente en el apartado sobre la legislación española.

Más adelante, en 2010, con la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que nació en Andalucía y posteriormente otras CCAA tomaron como modelo, se pretendió garantizar la dignidad y los derechos de las personas en el final de sus vidas, pero no contempla la regulación de la eutanasia ni el suicidio asistido como una medida que así lo asegure. En esta Ley se define la eutanasia como aquellas acciones que:

- a) producen la muerte de los pacientes, es decir, que la causan de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata,
- b) se realizan a petición expresa, reiterada en el tiempo, e informada de los pacientes en situación de capacidad,

- c) se realizan en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad incurable que el paciente experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios, por ejemplo, mediante cuidados paliativos, y
- d) son realizadas por profesionales sanitarios que conocen a los pacientes y mantienen con ellos una relación clínica significativa. (p. 3)

La Organización Médica Colegial de España (OMC) (2015) define eutanasia como “la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de esta, y en un contexto médico”. Por otra parte, el **suicidio médicamente asistido** consiste en la ayuda médica para la realización de un suicidio, proporcionando los fármacos necesarios al enfermo que lo solicita para que él mismo se los administre (Gómez et al., 2015).

Dado que, como se ha explicado anteriormente, el concepto de eutanasia se ha utilizado con diversos adjetivos que la dotan de distintos significados, es importante definir varios conceptos que pueden mezclarse. Por ello se hablará de la limitación del esfuerzo terapéutico que en ocasiones se ha definido como “eutanasia pasiva”, cuando se trata de un término que nada tiene que ver con esta; también es importante definir qué son los cuidados paliativos, ya que a veces, a la sedación paliativa que forma parte de estos, se ha definido como “eutanasia indirecta”.

Como se ha explicado unas líneas antes, ocasionalmente se utiliza el término de eutanasia seguido de un adjetivo para describir situaciones en las que realmente no se está haciendo un uso adecuado del término, por lo que es importante diferenciar entre eutanasia, como se ha definido anteriormente, y la **limitación del esfuerzo terapéutico** (LET). Esta consiste en retirar o no iniciar medidas terapéuticas no indicadas, que solamente mantendrían la vida biológica, sin posibilidad de recuperación funcional del paciente con una calidad de vida mínima, como cita Guardia a Cruceiro (2015), acto que no está penalizado en España, al contrario que la eutanasia. Respecto a este término, la OMC (2015) recomienda no utilizar la expresión LET, sino hablar de adecuación del esfuerzo terapéutico, ya que lo que se hace es ajustar el tratamiento a la situación del paciente.

Otro concepto que se debe aclarar es el de **cuidados paliativos (CP)**, puesto que habitualmente se piensa que eutanasia y CP son términos contrapuestos o que incluso los CP son una forma de eutanasia como se ha reflejado en párrafos anteriores (la llamada

“eutanasia indirecta”). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos [SECPAL] (2012) define los cuidados paliativos como:

el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Para hacer cuidados paliativos es primordial el control del dolor y de otros síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos son interdisciplinarios en su enfoque e incluyen al paciente, la familia y su entorno. En cierto sentido hacer cuidados paliativos es ofrecer lo más básico del concepto de cuidar – lo que cubre las necesidades del paciente con independencia de donde éste siendo cuidado, bien en casa o en el hospital. Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte. Tienen por objeto preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. (p. 8)

La definición de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos [EAPC] es algo distinta a la de la *World Health Organization* [WHO] (2002, Capítulo 7, p. 84) que con los CP busca la mejora de la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan los problemas de una enfermedad con compromiso vital con el mismo tipo de intervenciones anteriormente nombradas. Hay una gran parte de la población que piensa que estos cuidados solo se enfocan a enfermedades muy concretas como el cáncer y desconocen la gran extensión que puede tomar el campo de los cuidados paliativos, ya que deben estar disponibles para todos los pacientes que tengan enfermedades con compromiso vital. En Europa, los cuidados paliativos son administrados fundamentalmente a pacientes con cáncer avanzado y pacientes con otras patologías como enfermedades neurológicas, VIH/SIDA o con insuficiencia renal, pulmonar o cardíaca que pueden necesitar igualmente CP pero el acceso a estos les resulta mucho más difícil (SECPAL, 2012). En muchas ocasiones, son los propios profesionales que se dedican al área de los cuidados paliativos los que se oponen a la regulación de la eutanasia, ya que opinan que esto supondría una presión para aquellas personas que reciben estos cuidados. Si bien esto podría pasar con algunos casos, también hay que contemplar que los CP no suponen la solución al sufrimiento que tienen todos los pacientes con enfermedades crónicas o terminales, ya que en ocasiones no consiguen mejorar la calidad de vida de una forma que satisfaga al paciente (*Eutanasia y suicidio asistido*, 2016, p. 97). Por todo esto, podemos concluir que los CP siempre deben estar presentes como opción para todos los pacientes que los requieran, pero habrá

ocasiones en los que estos pueden resultar insatisfactorios para el paciente: no se debe caer en la dicotomía eutanasia o cuidados paliativos, sino ver la coexistencia de ambos.

Por otra parte, en la Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia del 24 de enero de 2020 del Partido Socialista Obrero Español [PSOE], de la cual se ha hablado previamente, se definen conceptos relativos a la eutanasia y que habría que tener en cuenta, ya que estarán relacionados con la legislación vigente en España si esta propuesta sale adelante. Entre estas definiciones encontramos:

- **“Enfermedad grave, crónica e invalidante:** situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable” (p. 4)
- **“Enfermedad grave e incurable:** toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva” (p. 4)
- **“Prestación de ayuda para morir:** acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:
  - a. La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
  - b. La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.” (p. 5)
- **“Médico/a responsable”:** será el facultativo/a que estará al cargo de coordinar la información y asistencia del paciente, siendo quien principalmente comunique todo lo relacionado con el proceso, sin menoscabo de las obligaciones de otros profesionales que asistan al paciente.

- **“Médico/a consultor/a”**: facultativo/a con formación en las patologías del paciente y que no pertenezca al equipo del médico responsable.
- **“Objeción de conciencia sanitaria”**: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender las demandas de actuación sanitarias directamente relacionadas con la prestación de ayuda a morir, ya que resultan incompatibles con sus convicciones.
- **“Consentimiento informado”**: aprobación libre, voluntaria y consciente del paciente, expresada en pleno uso de facultades posteriormente a recibir la información pertinente para que tenga lugar la prestación a morir según uno de los procedimientos anteriormente definidos.

### 1.3.Bioética y Eutanasia.

En cuanto a la importancia y relación que tiene la eutanasia con la Ética de la Enfermería y la Medicina, se van a destacar los artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española relacionados con este tema que reúne el Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [CODEM] así como aquellos del Código de Deontología Médica que recoge la OMC.

A continuación se presentan los principales puntos que agrupan la moral profesional de la Enfermería y que estarían relacionados con la prestación de ayuda a morir, ya que son artículos en los que se habla del respeto de la libertad de decisión del paciente y la dignidad del paciente, además del rechazo a tratamientos que no son útiles para el paciente, y por otro lado de la defensa del derecho a la vida del paciente, así como el derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales

En el capítulo II de dicho código, tenemos los artículos que hablan de los deberes de las enfermeras, entre los que encontramos la protección del paciente, el respeto de la libertad del paciente en la elección y control de su atención. La obtención del consentimiento del paciente antes de cualquier intervención, al igual que se refleja en la Ley, que se buscará en los familiares o allegados del enfermo cuando no esté en condiciones físicas o mentales de darlo; como ocurre con la información pertinente a la práctica enfermera.

El siguiente capítulo es relativo a los derechos de los enfermos y profesionales de enfermería. El artículo 16 dice que la vida es un derecho fundamental y se deben **evitar acciones que conducen a terminar con la vida.**

El capítulo X habla sobre las normas comunes en el ejercicio de la enfermería que deberá respetar la dignidad humana y las diferencias de cada paciente sin hacer distinciones por ninguna razón, prestando los cuidados según las necesidades del paciente. Igualmente, protegerá y defenderá los derechos del paciente oponiéndose a tratamientos inútiles o si se le niega la asistencia sanitaria.

Asimismo, en el Código de Deontología Médica, la Organización Médica Colegial (2018) señala en el punto 5 del artículo 38, dentro del Capítulo VIII referido a la atención médica al final de la vida recoge que “el médico nunca provocará ni colaborará intencionadamente en la muerte del paciente. **No** realizará **eutanasia** **ni** colaborará en la práctica del **suicidio asistido**.”

Por tanto, actualmente ambos Códigos Deontológicos no contemplan la posibilidad de poner en práctica la eutanasia, ya que ninguno de los respectivos códigos permite que los profesionales provoquen la muerte del paciente, aunque este así lo pida. Aunque cabe señalar que, en caso de que la Propuesta de Ley saliera adelante, primaría el cumplimiento de la misma y, por tanto, los Códigos Deontológicos de Enfermería y Medicina tendrían que ser revisados.

#### 1.4. Perspectiva de los cuidados enfermeros.

Es necesario recalcar la complejidad e importancia de los cuidados enfermeros que reciben los pacientes que padecen enfermedades graves, crónicas e invalidantes y/o graves e incurables. Sobre ello y la necesidad de especialización de las enfermeras han reflexionado diversas teóricas de la Enfermería. De ellas se podría destacar la Filosofía de Patricia Benner (1982) que puso de manifiesto que la práctica enfermera requiere una gran complejidad y responsabilidad, lo que conlleva un mayor desarrollo profesional. Además, Carrillo, Martínez y Taborda (2018), consideran necesario llevar la filosofía de Benner al día a día de la Enfermería, ya que abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y el entorno desde un punto de vista fenomenológico. Al trasladar esta filosofía al tema que nos atañe, hay que destacar su obra *From Novice to Expert*, en la que Benner (1982) adaptando el modelo de los hermanos Dreyfus, estableció cinco niveles de enfermera. Los cinco niveles a los que Benner hace referencia son enfermera principiante, enfermera principiante avanzada, enfermera competente, enfermera eficiente y enfermera experta, de menos a más experiencia. En el día a día de la atención enfermera, encontraremos profesionales que se encuentren en cada uno de los niveles que describe Benner, en nuestro contexto, existen

enfermeras con dilatada experiencia en la atención a las personas y familias en situación de final de la vida, lo que las sitúa en condición de eficiencia y/o expertía para llevar a cabo un Cuidado de excelencia en estas circunstancias.

Por otro lado, la teoría intermedia de Merle H. Mishel sobre la incertidumbre frente a la enfermedad surgió del estudio de las experiencias en incertidumbre de adultos con enfermedades crónicas o que suponen una amenaza para la vida, esta teoría se publicó en 1988. Mishel define la incertidumbre como

la incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos, o no es capaz de predecir con precisión qué resultados se obtendrán, (Alligood y Tomey, 2011, p. 601)

y considera que para que el paciente pueda interpretar los estímulos adecuadamente son necesarias una autoridad con credibilidad, que podría ser la enfermera, y el apoyo social. Al llevar esta teoría a la práctica profesional, las enfermeras la han aplicado en el cuidado de pacientes con diferentes enfermedades, todas ellas que revisten de gravedad, lo que podría llevarse también a la incertidumbre que sufren ante su enfermedad los pacientes con patologías graves, crónicas e invalidantes y/o graves e incurables, para los que las enfermeras responsables de sus cuidados son vistas como una figura de autoridad con credibilidad, que han vivido situaciones con otros pacientes que también ha vivido esta incertidumbre, por lo que estas pueden intervenir de tal modo que fomenten métodos de afrontamiento eficaces (Alligood y Tomey, 2011, Capítulo 28).

Otra de las teorías intermedias relacionada con esta incertidumbre que genera la enfermedad es la Teoría de la trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd, que se desarrolló centrándose principalmente en los pacientes con cáncer, pero se puede aplicar al caso que nos atañe de pacientes con enfermedades graves, crónicas e invalidantes y/o graves e incurables, ya que son patologías que afectan al desarrollo “normal” de las actividades de la vida e influyen notablemente en la percepción que tienen los pacientes de su cuerpo, uno de los elementos fundamentales en el contexto biográfico. Traducida a la práctica, las enfermeras pueden actuar de tal modo que, explorando las fuentes que generan incertidumbre en los pacientes, faciliten el transcurso de la enfermedad tanto a los pacientes como a sus familias. Wiener y Dodd delimitaron los tipos de trabajo para reducir la incertidumbre, actividades que se hicieron para disminuir el impacto de la misma, se trata de estrategias muy dinámicas que generan respuestas muy variadas a la



hora de manejar la vida con la enfermedad (Tabla 4) (Alligood y Tomey, 2011, Capítulo 30).

**Tabla 4.** Trabajo de disminución de la incertidumbre.

Tipo de actividad	Manifestaciones de comportamiento
<b>Ritmo</b>	Descansar o cambiar las actividades habituales
<b>Convertirse en pacientes “profesionales”</b>	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento Dirigir los cuidados Equilibrar la experiencia con la supermedicalización
<b>Búsqueda de comparaciones de refuerzo</b>	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarnos en que no es tan malo como podría ser
<b>Implicarse en revisiones</b>	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización
<b>Buscar objetivos</b>	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas
<b>Cobertura</b>	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros
<b>Encontrar un sitio seguro en el que confiar</b>	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo
<b>Elegir una red de apoyo</b>	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos
<b>Tomar las riendas</b>	Valorar el derecho a determinar el curso del tratamiento

Fuente: Tomado de Alligood y Tomey, 2011, p. 644.

### 1.5.Opinión de los profesionales sanitarios.

Para el desarrollo de este proyecto se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente sobre el tema de estudio planteado. La mayor parte de los artículos que se han encontrado en esta búsqueda exploran la opinión de alumnos de enfermería y enfermeros de unidades de críticos con un enfoque cuantitativo, por lo que los resultados obtenidos se traducen en el porcentaje de participantes que están a favor/en contra de acciones como la eutanasia, el suicidio asistido y la LET, principalmente, además de recoger las características sociodemográficas que definen a estos profesionales y estudiantes.

En un estudio realizado en la población española general por Serrano y Heredia (2018), se puede extraer que las personas que más apoyan la eutanasia y/o suicidio asistido son hombres jóvenes, no religiosos y con ideología de izquierdas. De este estudio, cabe destacar que la eutanasia tiene más apoyo que el suicidio asistido, lo que llevaría a pensar a la visión negativa que culturalmente se tiene sobre el suicidio.

En cuanto a estudios realizados en profesionales sanitarios y más concretamente enfermeras, se pone especial atención en las enfermeras que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El estudio más reciente que se ha encontrado en esta búsqueda fue realizado por Muñoz et al. en 2012, en este se recogen datos de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, de los cuales casi el 80% se muestran a favor de la eutanasia. De este estudio sería importante destacar que los más contrarios a la eutanasia son los médicos como profesionales y los cristianos practicantes.

La opinión de los estudiantes universitarios de enfermería se recogió en un estudio de Guardia, Cobos, García y Montes (2015), en el que se recababan los siguientes datos. Casi el 90% de los encuestados estaban a favor de legalizar la eutanasia y el 92,5% de aplicarla. Además, se sigue viendo diferencia entre católicos y los no creyentes, ya que el 92,5% de los primeros se encontraban favorables a la legalización de la eutanasia, frente al 100% de los no creyentes. Por último, la mayoría no cree que un paciente tenga una buena calidad de vida si tiene que estar conectado a un respirador.

En el ámbito internacional, hay un estudio realizado en Israel que revela que en este país las enfermeras están más a favor de la eutanasia que los estudiantes de enfermería (ocurriendo lo contrario en nuestro país, según los estudios citados anteriormente). En este estudio también queda reflejada la influencia de la religión en relación a la opinión sobre la eutanasia. Asimismo, las enfermeras que tienden a abogar por la muerte digna son aquellas que están más tiempo en contacto con pacientes terminales (Green, Reicher, Herman, Raspaolo, Spero y Blau, 2020).

También se han encontrado investigaciones que abordan la opinión de profesionales sanitarios sobre la eutanasia desde un enfoque cualitativo, como el que se pretende en el presente estudio. El de Cuervo, Rubio, Altisent, Rocafort y Gómez (2016) realizado entre médicos españoles concluye que existe una variabilidad relativa a los conceptos relacionados con la eutanasia, como se ha explicado anteriormente en este documento, sobre todo en cuanto a la eutanasia “pasiva” y recalca la necesidad de un lenguaje común con palabras que tengan un significado preciso para ayudar a estos profesionales en su práctica.

Otro de los estudios analiza la opinión de expertos en cuanto a la legalización de la eutanasia mediante la técnica Delphi. En este trabajo se conformó un panel de expertos con profesionales de distintos ámbitos. Las conclusiones de Ferrer (2002) fueron que, a pesar de las diferentes opiniones de los expertos, la legalización de la eutanasia traería

consigo conflictos y debates sociales, además todos ellos ven sumamente importante que si se legaliza la eutanasia se haga bajo un estricto control, para lo que proponen que el Comité Médico-Legal sea el encargado del mismo.

## **2. Objetivos.**

### **2.1.Objetivo general.**

El objetivo principal de esta investigación es conocer la opinión sobre la eutanasia de enfermeras, enfermeros, médicos y médicas que trabajan en centros de larga estancia.

### **2.2.Objetivos específicos.**

Otros objetivos que se plantean en este trabajo son:

- Conocer las características sociodemográficas de los participantes, experiencia profesional y formación académica.
- Explorar el grado de conocimientos de estos profesionales sobre eutanasia y conceptos relacionados con la misma.
- Conocer la valoración de los profesionales sobre eutanasia y suicidio asistido y sus experiencias personales relacionadas con el final de la vida.
- Indagar sobre los conocimientos de la Propuesta de Ley actual y su posicionamiento frente a la misma.

## **3. Material y método.**

### **3.1.Diseño del estudio.**

Para conseguir el objetivo del estudio, será necesario utilizar un enfoque cualitativo de corte fenomenológico descriptivo, ya que este permite conocer opiniones y experiencias. Además, se basará en el punto de vista de Husserl, ya que centra la atención en el fenómeno y en los significados de las declaraciones que se recogen de los individuos que se estudian, para ello los investigadores tienen que apartar sus prejuicios e ideas preconcebidas y así dotar de imparcialidad la descripción del fenómeno que se quiere estudiar (Dowling y Cooney, citados en Grove, Gray y Burns, 2016, p. 71). Puesto que según Campos et. Al (citados en Contreras y Castillo, 2016), el objetivo de la investigación fenomenológica es describir cómo los individuos viven fenómenos específicos para entender qué puede representar esta experiencia en el contexto de vida de las personas “capturando la experiencia vivida”. Como reflejan Grove, Gray y Burns

(2016, p.71) lo que busca la fenomenología es conocer el significado de la experiencia que vive cada individuo.

### 3.2.Ámbito del estudio.

El estudio se llevará a cabo en la Comunidad de Madrid [CAM]. Se elegirán centros de larga estancia, tanto públicos, privados como concertados, en los que se atiende a pacientes que por sus características (enfermedad grave, crónica e invalidante o enfermedad grave e incurable) podrían solicitar la prestación de ayuda para morir. Estos centros hospitalarios son aquellos que están recogidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019) como “Geriatría y/o larga estancia” que son los hospitales destinados a ingresos de pacientes con edad avanzada o que precisan una hospitalización larga (Hospital de Guadarrama, Hospital de la Fuenfría y Hospital Virgen de la Poveda del Servicio Madrileño de Salud [SERMAS], la Fundación Instituto San José y Hestia Madrid (Clínica Sear S.A.), de gestión privada).

### 3.3.Población y muestra.

La población diana de este estudio son las enfermeras, enfermeros, médicas y médicos que ejerzan en los hospitales mencionados anteriormente. Para conocer la población de estudio se ha accedido a las últimas memorias disponibles en las páginas web de cada uno de los centros. En el hospital de Guadarrama en 2018 había un total de 18 facultativos y 55 diplomados universitarios en Enfermería (DUE), el hospital de La Fuenfría en 2017 contaba con 18 facultativos y 63 DUE, el hospital Virgen de La Poveda tenía 19 facultativos y 63 DUE en el año 2018, la memoria de 2019 de la Fundación Instituto San José recoge 21 médicos y 56 enfermeras, del Hospital Hestia Madrid no se ha podido encontrar el número de profesionales pero se ha recogido que cuenta con 245 camas sin especificar a qué fecha pertenecen dichas cifras. De entre los más de 70 médicos y 200 enfermeras que forman parte de las plantillas de dichos centros se extraerá la muestra que formará parte del estudio.

Para poder llevar a cabo el estudio, se necesita el permiso del comité de ética de cada uno de los centros en los que se quiere realizar la investigación o del comité de ética regional en caso de que los centros no cuenten con uno (Anexo 2), donde se explicarán los objetivos del estudio y cómo se va a llevar a cabo la investigación, además se adjuntará la información necesaria para la aprobación de su realización. Antes de solicitar la

aceptación por parte del comité de ética, se presentará el proyecto a las direcciones de los centros.

Lo ideal a la hora de realizar una investigación con enfoque cualitativo es que los investigadores se incorporen en el ambiente de la población que van a estudiar, ya que la proximidad es un elemento clave, como señala Ruíz (2012, p. 55), pero en el caso de este proyecto, los investigadores no contarían con la figura del informante clave, ya que son ajenos a los centros en los que se pretende realizar el estudio, por lo que la captación de los participantes se hará por medio de la intranet de cada uno de los hospitales colgando carteles informativos que también se pondrán de forma física en los tablones de anuncios de los centros. Asimismo, se enviará un e-mail a los médicos, médicas, enfermeros y enfermeras de dichos centros solicitando su participación voluntariamente. Se dará un plazo de 15 días para confirmar la participación en la investigación, conformando la muestra inicial con aquellos profesionales que confirmen su participación en dicho plazo. Si fuera necesario, esta muestra inicial se aumentaría durante la recogida y análisis de los datos para así obtener unos datos de mayor calidad. Como reflejan Grove, Gray y Burns (2016), será necesario aumentar la muestra cuando los datos recogidos no tengan la profundidad o riqueza necesarias, si fuera necesario un segundo muestreo este podría hacerse mediante el método de muestreo en redes que, como señalan Grove, Gray y Burns (2016, p. 271), se haría aprovechando las redes sociales, lo que nos permitiría que sujetos a los que ya hemos entrevistado animen a compañeros con los que tienen más afinidad a participar en el estudio. La muestra será suficiente cuando se haya llegado a la saturación de los datos, es decir, cuando al realizar entrevistas a nuevos individuos no se recabe información nueva (Grove, Gray y Burns, 2016, p. 273).

### 3.4.Herramientas para la recogida de la información.

En la investigación cualitativa, como citan Troncoso y Amaya (2017), la herramienta para recoger datos por excelencia es la entrevista, ya que, mediante la interacción con los sujetos que se van a estudiar se obtiene la información pertinente, además permite que el entrevistador comprenda las vivencias de las personas.

Si bien es cierto que el instrumento estrella de recogida de información en investigación cualitativa es la entrevista en profundidad, en este caso se utilizará la entrevista semiestructurada. Valles (citado en Schettini y Cortazo, 2016, p. 20) señalan que este tipo de entrevista permite seguir un guion pero a la vez da libertad al entrevistado a la hora de contestarlas, sin necesidad de seguir un orden y permitiendo hablar de otros

temas que puede que no se hayan recogido en el guion de la entrevista, pero a diferencia de la entrevista en profundidad, cuya naturaleza es similar a la de una conversación, permite que el entrevistador trate todos los temas que considera oportunos, obteniendo información más específica.

Para realizar una buena entrevista, hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones relacionadas con aspectos que afectan al curso de la entrevista, estos aspectos los recoge Martínez (citado en Díaz-Bravo et al., 2013) se sugiere realizar un guion con las preguntas clasificadas por temas, en este caso será cada tema uno de los objetivos planteados en el trabajo, también aconseja que el lugar favorezca el transcurso de la entrevista, para ello se pedirá a cada centro que faciliten una sala en la que se puedan realizar las entrevistas sin necesidad de que los participantes se desplacen a un lugar desconocido, además el investigador debe explicar siempre el propósito de su trabajo y pedir permiso para grabar la entrevista. En cuanto a la actitud del entrevistador se recomienda que sea receptivo y evite juicios (puesto que esto llevaría a un sesgo del entrevistador), al mismo tiempo se debe dar libertad a la hora de expresarse intentando no interrumpir al entrevistado y dando pie a que explique profundamente aspectos que puedan resultar de mayor interés. Otros aspectos recogidos por Ruiz (2012, p. 178) son el carácter de conversación de la entrevista, es decir, evitar que se convierta en un interrogatorio y, por otra parte, la relación que debe haber entre entrevistador-entrevistado debe ser amistosa, aunque sin quitarle el tono profesional de la misma.

Antes de realizar las entrevistas, se elaborará un guion (Anexo 5) con las preguntas que nos orientarán a la hora de entrevistar a los sujetos. Dicho guion tendrá una clasificación de las preguntas, como se ha explicado anteriormente, por los objetivos que se han planteado en la investigación. La mayor parte de las preguntas serán abiertas, es decir, darán la oportunidad al entrevistado de expresar sus ideas y sentimientos, pero al tratarse de una entrevista semiestructurada se pedirá al participante que trate todos los temas planteados a lo largo de la entrevista.

En el momento previo de realizar las entrevistas, se comunicará a los participantes en qué consistirá la investigación, cuál es el objetivo, cómo será la entrevista, su duración y lo relativo a la confidencialidad. Además, se responderán todas las dudas que puedan surgir en cuanto a la metodología del estudio. También se avisará de que la entrevista se va a grabar, pero que esas grabaciones solo se emplearán para transcribir e interpretarlas.

La entrevista se realizará en el lugar que se consensue con los centros. Se buscará que la sala resulte accesible y en ella se genere un ambiente en el que se pueda realizar la entrevista sin interrupciones, tranquila y cómodamente. El momento de cada entrevista se acordará con cada uno de los participantes.

Además, para la realización del guion de la entrevista (Anexo 5) se seguirán las recomendaciones de Kvale (2011) para los tipos de preguntas que habrá en la misma (Tabla 5):

**Tabla 5.** Tipos de pregunta.

Tipo de pregunta	Información que recoge	Ejemplo
<b>Introductorias</b>	Recogen las experiencias que los sujetos experimentan como aspectos principales del fenómeno que se investiga	¿Puedes contarme...? ¿Qué ocurrió en el suceso que mencionaste?
<b>De profundización</b>	Para ampliar la información que dan los sujetos.	Preguntas que indiquen curiosidad, gestos de asentimientos, repetición de palabras significativas...
<b>De sondeo</b>	Para buscar respuestas concretas, pero sin afirmar las dimensiones que después se tendrán en cuenta.	¿Podrías decir algo más sobre eso? ¿Puedes describir más detalladamente lo que ocurrió? ¿Tienes otros ejemplos?
<b>De especificación</b>	Cuando en la entrevista se obtienen datos muy generales y se intenta buscar descripciones más precisas.	¿Cómo reaccionaste? ¿Has sentido alguna vez eso tú mismo?
<b>Directas</b>	Para introducir directamente el tema que se quiere tratar. Es preferible realizarlas más al final de la entrevista, cuando el sujeto ya haya dado la información que para él es más relevante.	¿Estás a favor de que se legalice la eutanasia o el suicidio asistido? ¿Serías partícipe en la realización de la eutanasia o el suicidio asistido?
<b>Indirectas</b>	Para conseguir respuestas que se refieran a la propia actitud del sujeto o sobre lo que el sujeto cree que otros piensan. Después habrá que realizar alguna pregunta que permita interpretar estas respuestas.	¿Cuál crees que es la actitud de las enfermeras respecto a la eutanasia?
<b>De estructuración</b>	Estas preguntas sirven para redirigir la entrevista cuando la respuesta que está dando el entrevistado son demasiado largas y no están proporcionando nueva información.	Me gustaría ahora hablar sobre otro tema...
<b>Silencio</b>	Hay que permitir pausas para que el sujeto tenga tiempo de reflexionar y	

	pensar su respuesta y puedan dar una información significativa.	
<b>De interpretación</b>	Se utilizan para que el entrevistador aclare lo que ha entendido y que el entrevistado diga si era eso lo que quería decir o no.	¿Entonces quieres decir que...? Si he entendido bien lo que sientes es...

Fuente: Kvale, 2011, pp. 88-89.

Asimismo, durante la realización de la entrevista que será grabada, es interesante que el entrevistador tenga un diario de campo en el que anote los hechos que considere relevantes, ya que esto supondrá un aumento de la calidad de la entrevista, aunque si bien es cierto que tampoco es recomendable tomar notas excesivas durante la entrevista ya que el entrevistador se puede distraer y por ende perder la fluidez de la conversación (Kvale, 2011, p. 125). Además, este autor destaca que es importante que el entrevistador realice una escucha activa y empática que le permitirá filtrar la información que es más relevantes para el tema tratado, aunque esto también puede suponer un sesgo en los datos que se recogen.

Cuando se haya finalizado la recogida de datos de cada entrevista, se asignará a cada persona un código de letras y números que permita garantizar el anonimato de los participantes en los procesos de análisis y tratamiento de los datos.

### 3.5. Equipo de Investigación y Trabajo de Campo.

El equipo estará formado por 5 personas, para que así cada una haga las entrevistas de la muestra de un centro. Asimismo, cada investigador se encargará de la transcripción de las entrevistas que realice, ya que muchas veces cuando la transcripción la realiza un secretario, como señala Kvale (2011, p. 126), se obvian algunos detalles importantes de la entrevista, igualmente, que el entrevistador transcriba sus entrevistas, permite que este aprenda sobre su propio estilo de entrevista y podrán empezar a analizar qué significa lo que se dijo, ya que podrán revivir el momento de la entrevista.

El análisis de los datos se realizará por los mismos miembros del equipo, para que así haya un menor sesgo y a la vez una mayor validez de los resultados que se obtengan. También los investigadores deben tener en cuenta que este análisis debe comenzar en el primer momento de la investigación, ya que esto ayudará a la obtención de unos mejores resultados (Kvale, 2011, pp. 135-154).



### 3.6. Análisis de los datos.

En el caso de la investigación cualitativa, resulta de elevado interés comenzar el análisis de los datos lo antes posible, ya que, si este análisis solo se hace al final de la recogida de datos, resultará más difícil volver a contactar con los informantes y se pueden dejar algunos cabos sueltos en la investigación (Taylor y Bodgan, 1987, p. 158).

A continuación, se detallará el proceso de la transcripción de las entrevistas, ya que es uno de los pasos principales para el análisis de los datos y que a su vez requiere de tiempo y dedicación por parte de los investigadores.

Las entrevistas se llevarán al papel principalmente mediante la transcripción simple. Para realizar dicha transcripción los investigadores podrán utilizar el programa gratuito *oTranscribe* que permite adaptar la velocidad del audio, así como adelantarlo y rebobinar en la misma pantalla que tienen la hoja para escribir el texto. También se podrán seleccionar fragmentos que resulten más relevantes para el tema de estudio o por la gran información no verbal que haya en ellos y se transcribirán de forma más detallada utilizando el sistema de transcripción de Gray Jefferson (Anexo 6), que ayudará a reflejar de forma gráfica elementos no verbales de la entrevista.

Tras realizar la transcripción de las entrevistas y observaciones, se llevará a cabo el análisis del contenido temático de estas. Para hacer un adecuado análisis temático de esta información en el que se asegure un rigor científico Miele, Tono y Alvarado (2012), proponen seguir las fases descritas por Braun y Clarke, que consisten en:

- Fase 1: Familiarización con los datos -información-. Esta fase se llevará a cabo durante el proceso de transcripción anteriormente descrito. Es la transcripción, lectura y relectura de las entrevistas y anotaciones realizadas, para así buscar estructuras y significados.
- Fase 2: Generación de códigos iniciales. Organizar la información en grupos de un mismo significado para generar códigos. Para ello se siguen unas pautas:
  - o Codificar la mayor cantidad posible de patrones
  - o Incorporar en cada código información que permita ubicar el contexto
  - o Un mismo extracto de datos se puede codificar varias veces. Existen la codificación inductiva (se parte de datos sin codificación) y teórica (desde los intereses teóricos del investigador)

- Fase 3: Búsqueda de temas. Serán temas aquellos que den información relevante para responder la pregunta de investigación. Los investigadores clasificarán la información por los objetivos de estudio planteados, trabajo que resultará más sencillo gracias al seguimiento del guion de la entrevista, cuyas preguntas están ordenadas de la misma manera.
- Fase 4: Revisión de temas. Recodificar y descubrir nuevos temas, haciendo una delimitación para no excederse.
- Fase 5: Definición y denominación de temas. Nombrar los temas y establecer jerarquías (temas y subtemas).
- Fase 6: Redacción del informe final. Redactar argumentando lo que se ha interpretado y comprendido de la información recogida.

Una herramienta que resulta útil antes de la redacción del informe final a la hora de realizar un análisis temático de los datos es, como refiere Maxwell (2019, p. 158), la realización de una matriz cuya estructura se base en las preguntas de investigación, los temas que se han establecido y los datos que los respaldan.

### 3.7. Técnicas de garantía de los resultados de la investigación.

En investigación cualitativa que haya validez en un estudio, como afirma Maxwell (2019, p. 177) no implica que exista una verdad objetiva, sino que la validez da una base para poder distinguir afirmaciones creíbles de las que no lo son.

La validez de un estudio no puede darse por supuesto a partir de los métodos que se han utilizado, sino que es una propiedad de las inferencias, es decir, de la relación que tienen los datos obtenidos con la realidad (Maxwell, 2019, p. 176). Asimismo, este autor da relevancia a dos factores que pueden suponer una amenaza para la validez del estudio (pp. 181-182):

- Sesgo del investigador: ocurre cuando el investigador selecciona a sujetos que van a hacer que se confirme la teoría que intenta explicar o selecciona datos que para él son importantes. Por ello el investigador debe intentar desprenderse de prejuicios e ideas preconcebidas antes de comenzar el estudio, como esto puede resultar prácticamente imposible, es importante que al menos sea consciente de ellos para tenerlos en cuenta a la hora de tratarlos en el proceso de la investigación.
- Reactividad: es la influencia del investigador sobre los individuos. En el caso de las entrevistas el investigador forma parte del ambiente que estudia y por

consiguiente lo que el informante diga estará siempre influido por el entrevistador. Se puede intentar disminuir esta reactividad evitando preguntas tendenciosas, pero, al igual que con el sesgo, lo más importante es saber reconocerlo para ver cómo afecta a la validez.

Existen varios métodos y criterios para evaluar la validez en investigación cualitativa. En este caso se utilizará la propuesta de Lincoln y Guba que recogen Palacios, Sánchez y Gutiérrez (2013) basada en los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad.

- Credibilidad: se consigue contrastando las creencias y preocupaciones del investigador con las de los sujetos entrevistados. Para ello se utilizará la *validación por parte del entrevistado* que Maxwell (2019, pp. 184-185) toma de los autores Bryman y Lincoln y Guba, estos últimos la denominan *corroboración por parte de los participantes*; esta estrategia consiste en pedir a los sujetos de estudio que revisen los datos y conclusiones de los investigadores y den sus opiniones sobre estos, así se descartará la posibilidad de que los investigadores malinterpreten las respuestas de los participantes, lo que a su vez ayudará a los entrevistadores a ser conscientes de su propio sesgo. En el caso del presente proyecto, habría que buscar la posibilidad de realizar esta validación en el mismo momento de las entrevistas, es decir, que el investigador utilice preguntas de interpretación a lo largo de la entrevista para así corroborar su interpretación de los datos.
- Transferibilidad: podría igualarse a la validez externa del estudio, es decir, el grado en que los participantes pueden representar al universo o si los datos obtenidos serían similares al realiza la investigación en otro contexto. Para que se cumpla este criterio es importante que se realice una descripción exhaustiva, que se conseguirá con la utilización del método de transcripción de Jefferson anteriormente mencionado, y una abundante recogida de datos.
- Dependencia: equiparable a la fiabilidad de la investigación cuantitativa. Se refiere a la posibilidad de replicar el mismo estudio en otros ámbitos. Esto se consigue gracias a la realización de descripciones minuciosas de los informantes, identificación y descripción de las técnicas y análisis y recogida de datos y la delimitación del ámbito de estudio. En conclusión, una descripción lo más detallada posible de cómo se va a realizar el estudio (metodología de este

documento) y un buen informe de investigación final que hagan que sea posible repetir los pasos de la investigación.

- Confirmabilidad: es la objetividad del estudio. Se trata de que el investigador haya sido capaz de dejar atrás sus prejuicios e intereses, basándose en la neutralidad de los datos obtenidos. Esto se consigue con la comprobación con los participantes, anteriormente mencionada en el criterio de credibilidad y explicando el posicionamiento del investigador.

### 3.8. Aspectos éticos.

En cuanto a la legislación vigente relativa a la investigación con sujetos humanos, tenemos la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En el Artículo 5 de dicha Ley se expone el deber de confidencialidad de los datos, responsabilidad que recaerá en los investigadores encargados del tratamiento de los datos. El Artículo 6 regula el consentimiento del afectado al acceso y tratamiento de los datos. Además, esta Ley describe el derecho al acceso de los datos por parte del participante en el Artículo 13 de la misma. También se explican las obligaciones que tienen los responsables del tratamiento de los datos, que se describen en el Artículo 28, entre las que encontramos utilizar técnicas que garanticen el cumplimiento de la presente Ley.

Para realizar este proyecto de investigación se debe contar con la aprobación del mismo por parte del Comité de Ética de los centros de los cuales extraeremos la muestra, además la Universidad Autónoma de Madrid deberá dar el visto bueno al proyecto cumplimentando el Anexo 1B del CEI-UAM, disponible en la página web del centro (Anexo 4), así como se presentarán los consentimientos informados (Anexo 3) de los participantes.

Asimismo, siguiendo lo expuesto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (LIB), el Artículo 4 señala la obligación de que los participantes firmen un consentimiento informado, así como se garantice el derecho de los mismos a la información. También, se garantizará la confidencialidad de los datos personales de los participantes (Art. 5). Además, se informará a los participantes cuando sea necesario comprobar con ellos los datos proporcionados/interpretados sobre cómo se hará esta consulta y de qué manera se facilitarán los resultados de la investigación, así como la información que obtendrán, así como se debe dar al sujeto la posibilidad de que conozca los resultados y conclusiones de la investigación. Igualmente, como queda reflejado en el

consentimiento informado que se entregará a los participantes, cada uno será libre de abandonar la investigación cuando él quiera.

### 3.9.Temporalización y cronograma.

A la hora de planificar una investigación un elemento que la facilitará es el cronograma (Tabla 6). La planificación reflejada en él servirá como orientación, ya que, antes el proyecto debe ser aprobado y hasta entonces no podrá ponerse en marcha. Además, será necesario coordinarse con los centros y los profesionales para realizar las entrevistas.

**Tabla 6.** Cronograma.

Etapa	Actividades
<b>1º Contacto con la dirección de los centros.</b> Septiembre 2020	Se realizará un primer contacto telefónico con la dirección de los centros para explicarles el motivo del estudio, en caso de que los centros den el visto bueno se pasará a la preparación de la investigación.
<b>2º Preparación de la investigación.</b> Octubre - noviembre 2020	Preparación y redacción de los documentos que hay que presentar a los Comités de Ética así como los consentimientos informados. En este mismo periodo se presentará el proyecto al comité de ética para continuar preparando los materiales necesarios para la investigación. Elaboración de los carteles solicitando la participación. Compra de los materiales (cuadernos, grabadoras) desarrollo de la entrevista. Cuando se tenga la aprobación de los Comités de Ética se realizará el envío de e-mails a la población diana de los centros así como se hará la distribución de los carteles tanto en la intranet de los centros como de forma física en los tableros de anuncios de los mismos.
<b>3º Primer contacto con los participantes.</b> Diciembre 2020 – febrero 2021	Tras preparar todo el material necesario para la investigación se realizará un primer contacto con las personas que hayan accedido a la participación en el proyecto, en este primer contacto se explicará el propósito de la investigación, de manera verbal y por escrito y se entregará también el consentimiento informado, el cual deberá ser entregado en el momento de la entrevista que se pactará en este primer encuentro con los participantes de cada centro.
<b>4º Realización de la entrevista con los participantes.</b> Marzo – junio 2021	Cada uno de los investigadores realizará las entrevistas a los participantes del centro asignado. Primero se presentará y expondrá a cada uno de los entrevistados el proyecto y los objetivos, además resolverá las dudas del participante.  Una vez recordado el proyecto se explicará la metodología que se seguirá a la hora de realizar la entrevista, avisará del uso de la grabadora y dará la posibilidad al participante de contestar las preguntas que considere oportunas. Se leerá el consentimiento informado que el participante traerá firmado y se le preguntará si sigue estando de acuerdo en su participación. Una vez hecho esto se encenderá la grabadora y se procederá a realizar la entrevista.

	<p>Durante la entrevista, además de grabar, el investigador tomará las notas que considere oportunas.</p> <p>Cuando se finalice la entrevista, el investigador agradecerá la colaboración del participante, se preguntará si tiene alguna duda sobre el proyecto y se le informará de que los investigadores podrían volver a ponerse en contacto con él para corroborar el análisis que se haya llevado a cabo de su entrevista.</p>
<p><b>5º Análisis de datos.</b> Julio – octubre 2021</p>	<p>Simultáneamente a la realización de las entrevistas, los investigadores transcribirán las mismas a ordenador, para que así sean fácilmente legibles y, en los casos que sea preciso un mayor detalle, se utilizará el método de transcripción propuesto por Jefferson (Anexo 6).</p> <p>Se realizarán entrevistas hasta que se consiga la saturación del discurso, una vez ocurra esto se procederá a realizar el análisis de los datos obtenidos de las entrevistas. Para ello será necesario que el equipo de investigadores se reúna para así hacer un análisis más exhaustivo de los datos, también podrán recurrir a consultar con los participantes del estudio para ver si los datos extraídos de las entrevistas son correctos.</p>
<p><b>6º Emisión del informe de investigación.</b> Octubre 2021</p>	<p>Una vez analizados los datos y conseguidos los objetivos, se procederá a elaborar el informe final de investigación, que expondrá los resultados obtenidos de la misma. Posteriormente se publicará dicho informe.</p>

Fuente: elaboración propia.

### 3.10. Presupuesto económico.

La elaboración y puesta en marcha de un proyecto de investigación supone un gasto económico, ya que para ello son necesarios diversos recursos que precisan de una inversión económica.

En primer lugar, para realizar cualquier investigación siempre son necesarios unos recursos humanos, en este caso se contará con cinco investigadores, a los que se les asignará una retribución por la actividad desarrollada.

Para que el equipo humano pueda llevar a cabo su trabajo se necesitan recursos materiales. Por un lado, está el material fungible, principalmente se necesitarán cuadernos y bolígrafos. Otra parte de los recursos materiales son los ordenadores, para la transcripción de las entrevistas se utilizará el programa Microsoft Word, además de 5 grabadoras con sus correspondientes tarjetas de memoria.

**Tabla 7.** Presupuesto económico.

<b>Recursos materiales</b>	Grabadoras, tarjetas de memoria, ordenadores, programas informáticos, cuadernos, bolígrafos.	1000€
<b>Recursos humanos</b>	Investigadores	3000€
<b>Transferencia</b>	Publicación del artículo, traducción, asistencia a congreso	1500€
<b>Presupuesto total</b>		5500€

Fuente: elaboración propia.

#### **4. Reflexiones finales.**

##### **4.1.Limitaciones del estudio.**

El proyecto de investigación expuesto a lo largo del documento presenta ciertas limitaciones que se deben tener en cuenta.

En primer lugar, hay que hablar de que se han encontrado pocos estudios que recojan la opinión de los profesionales sanitarios sobre la eutanasia con un enfoque cualitativo, la mayor parte de los estudios que quieren recabar datos sobre la opinión que tienen los profesionales sanitarios sobre la eutanasia lo hacen desde un enfoque cuantitativo, lo que hace que se obtenga otro tipo de información a la que se busca con esta investigación. De los estudios cualitativos contrastados hay que aclarar que utilizan técnicas de recogida de datos grupales, por lo que no se puede extrapolar a la metodología utilizada en este estudio, que es la entrevista semiestructurada individual. Además, se trata de un estudio multicéntrico del que tampoco hay precedentes en esta temática.

Otro elemento a tener en cuenta es la influencia que pueden ejercer los investigadores en los entrevistados, lo que podría sesgar la información que se obtiene, si bien es cierto que la investigación fenomenológica lleva implícito el compromiso de los investigadores con la realidad que estudian, este sesgo se puede evitar teniendo en cuenta la posible influencia de los entrevistadores en los participantes a la hora de realizar el análisis de los datos, como ya se ha explicado. En cuanto al método de muestreo, puede que no sea el que mejor aporte participantes que proporcionen la información más oportuna o un informante clave, como en el caso del muestreo en bola de nieve, por ejemplo. Como punto a favor del método de muestreo elegido, es que se conseguirán participantes que realmente quieran formar parte de la investigación de forma totalmente voluntaria.

#### 4.2.Implicaciones en la práctica.

Mediante esta investigación se podrán conocer diversos aspectos de la perspectiva de un sector del personal sanitario (enfermeras y médicos) sobre la eutanasia y lo que supondría su regularización en España. Cada vez son más los casos de pacientes o familiares de pacientes, que piden la eutanasia, sin embargo, la opinión de los profesionales que tendrían que asistir a estas personas en dicho proceso no es tan conocida.

Gracias a esta investigación se podrá conocer la percepción de dichos profesionales, además centrándonos en un ámbito en el que se está en contacto con pacientes con enfermedades crónicas, invalidantes e incurables, como son los que se encuentran hospitalizados en centros de larga estancia por diversos motivos. También se podrá ver qué profesionales se sienten más preparados a la hora de afrontar estos casos y el porqué de este sentimiento (experiencia laboral, situaciones personales, ideología...), junto con necesidades sentidas para su desempeño.

Conociendo la percepción de los médicos y enfermeras sobre la formación que tienen respecto a la eutanasia, podrían diseñarse planes de estudio para preparar a los profesionales en caso de que se aprobase la eutanasia en España o incluso mejorar los planes de estudios y sus contenidos ya existentes en cuanto a temas de ética, ya que, como se ha visto también en otros estudios, es muy común que exista confusión entre los distintos términos que se utilizan a la hora de hablar del final de la vida.

#### 4.3.Propuestas para nuevas líneas de investigación.

Una vez realizado el estudio y analizados los datos, se podría estudiar la posibilidad de llevar este mismo proyecto a otras CCAA, para conocer la opinión de los mismos profesionales en otros contextos.

También se podría hacer un estudio del mismo tipo en profesionales de otros centros y unidades, como las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que en estas se han realizado diversos estudios preguntando sobre la eutanasia pero con un enfoque cuantitativo que no llegan a profundizar tanto en las opiniones y vivencias de estos profesionales.

Sería viable plantear un estudio con el mismo diseño pero dirigido a familiares de estos pacientes, para conocer su opinión, al igual que se podría hacer con los mismos pacientes de los centros de larga estancia para que den su visión.



## **5. Agradecimientos.**

En primer lugar, me gustaría agradecer todo su esfuerzo e implicación en el trabajo a mi tutora, M<sup>a</sup> Luisa Díaz Martínez, gracias por confiar en mí para tratar un tema tan delicado y guiarme en todo momento haciendo tantas aportaciones que han sido esenciales para llevar este proyecto a buen puerto. Gracias, especialmente en la situación tan difícil en la que hemos tenido que trabajar, por haber mantenido el ritmo de trabajo normal, a través de los correos y las tutorías.

También me gustaría dar las gracias a mis padres y a mi hermana, por hacer posible el haber llegado hasta aquí. En especial a mi madre, por su aportación en el trabajo, leyéndolo en las noches de insomnio y dándome su opinión en todo momento.

Por último, a mis compañeras y amigas, que se han convertido en un pilar fundamental durante todo el grado. Gracias por los consejos, por compartir vuestras dudas y ayudarme a resolver las mías y gracias por los trabajos en grupo que tanto dolor de cabeza nos han dado pero de los que tanto he aprendido, sobre todo por vosotras. Hemos formado un gran grupo.

## Bibliografía

- Abellán, A. y Pujol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015 Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*. 10. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Alligood, M. y Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Elsevier.
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2016). Traducción Ley de Eutanasia de Bélgica. *Dossier sobre la Eutanasia*. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Belgica.pdf>
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2016). Traducción Ley de Eutanasia de Luxemburgo. *Dossier sobre la Eutanasia*. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Luxemburgo.pdf>
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente. (2016). Traducción Ley de Eutanasia de Países Bajos. *Dossier sobre la Eutanasia*. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/07/Ley-Eutanasia-Paises-Bajos.pdf>
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. [https://www.jstor.org/stable/3462928?origin=JSTOR-pdf&seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3462928?origin=JSTOR-pdf&seq=1#metadata_info_tab_contents)
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. (2020). Congreso de los Diputados.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. (2015). Comunidad Autónoma de Canarias.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte. (2011). Comunidad Autónoma de Aragón.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. (2016). Comunidad Autónoma del País Vasco.

- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. (2007). Jefatura del Estado.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2018, de 28 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida. (2018). Comunitat Valenciana.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. (2010). Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. (2015). Comunidad Autónoma de las Illes Balears.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. (2017). Comunidad de Madrid.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. (2015). Comunidad Autónoma de Galicia.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. (2011). Comunidad Foral de Navarra.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (1995). Jefatura del Estado.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. (2018). Jefatura del Estado.
- Brenton, H. (2019). A decade on: more than 70 people choose euthanasia in Luxembourg. *Luxembourg Times*. <https://luxtimes.lu/luxembourg/37382-a-decade-on-more-than-70-people-choose-euthanasia-in-luxembourg>
- Carrillo, A. J., Martínez, P. C. y Taborda, S. C. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2). <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1522/358>

- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. *Código Deontológico de Enfermería Española*.  
<https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. (2018). *Informe Anual 2018*.  
[https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2020/02/19\\_Informe\\_anual\\_2018-esp.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2020/02/19_Informe_anual_2018-esp.pdf)
- Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. (2020). *Euthanasie – Chiffres de l'année 2019*.  
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-de-lannee-2019>
- Congreso de los Diputados. (2020). *El Pleno da el primer paso para regular la eutanasia*. Congreso.es.  
[http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/SalaPrensa/NotPre?piref73\\_7706063\\_73\\_1337373\\_1337373.next\\_page=/wc/detalleNotaSalaPrensa&idNotaSalaPrensa=34672&anyo=2020&mes=2&pagina=1&mostrarvolver=S&movil=null](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/SalaPrensa/NotPre?piref73_7706063_73_1337373_1337373.next_page=/wc/detalleNotaSalaPrensa&idNotaSalaPrensa=34672&anyo=2020&mes=2&pagina=1&mostrarvolver=S&movil=null)
- Consejería de Sanidad. (2018). *Hospital La Fuenfría. Memoria 2017*.  
[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2017\\_hfuenfria\\_ok.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria-2017_hfuenfria_ok.pdf)
- Consejería de Sanidad. (2019). *Hospital Guadarrama. Memoria 2018*.  
<https://www.comunidad.madrid/hospital/guadarrama/nosotros/memorias>
- Consejería de Sanidad. (2019). *Hospital Virgen de La Poveda. Memoria 2018*.  
<https://www.comunidad.madrid/hospital/virgenpoveda/profesionales/publicaciones>
- Contreras, S., y Castillo, L. (2016). Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cultura De Los Cuidados*, (44), 15-24.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.02>
- Cuervo, M., Rubio, M., Altisent, R., Rocafort, J., y Gómez, M. (2016). Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. *Revista De Calidad Asistencial*, 31(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.002>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es)

DIGNITAS. (2017). *7th report on quality control of DIGNITAS' services in relation to accompanied suicide*. <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/bericht-qualikontrolle-august2012-dezember2014-e.pdf>

Ferrándiz, J. P. (2017). *El 84% de los españoles apoya el derecho a una muerte digna*. Metroscopia.org. <https://metroscopia.org/muerte-digna/>

Ferrer, M. E. (2002). Legalización de la eutanasia como opción a una muerte digna. Consulta de expertos a través de la técnica Delphi. *Cultura de los Cuidados*. 11. 87-95.

Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2016). *Eutanasia y suicidio asistido*.

Fundación Instituto San José. (2020). *Memoria 2019*. [https://fundacioninstitutosanjose.com/wp-content/uploads/2020/03/Memoria FIS 2019.pdf](https://fundacioninstitutosanjose.com/wp-content/uploads/2020/03/Memoria_FIS_2019.pdf)

Gómez, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Gándara, Á., Herranz, J. A., Rocafort, J. y Rodríguez, J. J. (2015). *Conceptos y definiciones Atención Médica Final Vida*. Grupo de trabajo “Atención médica al final de la vida”. [https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos\\_definiciones\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/conceptos_definiciones_al_final_de_la_vida/files/assets/common/downloads/Atenci.pdf)

Green, G., Reicher, S., Herman, M., Raspaolo, A., Spero, T. y Blau, A. (2020). Attitudes toward euthanasia-dual view: Nursing students and nurses. *Death Studies*. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2016). *Investigación en enfermería* (6a ed.). Elsevier.

Guardia, M. F., Cobos, A., García, R. M. y Montes, M. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de estudiantes universitarios de Enfermería. *Metas Enferm*. 18(8). 20-24.

Hestia Alliance. *El grupo en cifras*. Hestiaalliance.org. <http://www.hestiaalliance.org/el-grupo-en-cifras/>

Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo, esperanza de vida y periodo*.


<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/ICV/Graficos/dim3/&file=312G2.p>  
[x](#)

- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Indicadores de calidad de vida*.  
[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis)
- Jefferson, G. (1985). *On the organization of laughter in talk about troubles*. In *Structures of Social Action, Studies in Emotion and Social Interaction* (pp. 346-369). Cambridge: M. Atkinson.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- León, O., y Montero, I. (2015). *Métodos de investigación en psicología y educación. las tradiciones cuantitativa y cualitativa* (4ª ed.). Madrid: Mc Graw Hill Education.
- Lizarazo, C. (2017). *Religión y eutanasia, un análisis desde la filosofía política de la religión de Jürgen Habermas*. [Trabajo de grado, Universidad Industrial de Santander]. Repositorio institucional Universidad Industrial de Santander.  
<http://noesis.uis.edu.co/bitstream/123456789/31609/1/168691.pdf>
- Luley, S. (2016, mayo 12). *The Swiss model of assisted dying and DIGNITAS' work with the ECHR* [Presentación de conferencia]. World Federation of Right to Die Societies 2016 Conference, Amsterdam, Países Bajos.
- Martín, M. C. et al. (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en salud. *Metas de Enferm.*15(4). 58-63
- Maxwell, J. A. (2019). *Diseño de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Mieles, M. D., Tonon, G. y Alvarado, S. V. (2012) Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*. 74. 195-225.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Catálogo Nacional de Hospitales 2019* (pp. 319-339). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- Muñoz, J. C., et al. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva*. 23(3). 104-114.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.008>
- Organización Médica Colegial. (2018). *Código de Deontología Médica*.  
[https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/cdm\\_19\\_noviembre\\_edicion\\_provisional.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/cdm_19_noviembre_edicion_provisional.pdf)
- Palacios, B., Sánchez, M.C. y Gutiérrez, A. (2013). Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación (UVa-Segovia) (Eds.), *Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación*. (pp. 581-596).
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a ed.). Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Schettini, P., y Cortazzo, I. (2016). *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa* (pp. 18-34). Editorial Universidad de La Plata.
- Serrano, R. y Heredia, A. (2018). Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 161. 103-120.  
<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.161.103>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2012). *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Troncoso, C. y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332. <https://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes*.

## Anexos

Anexo 1. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.



**BOLETÍN OFICIAL  
DE LAS CORTES GENERALES**

**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

XIV LEGISLATURA

---

**Serie B:**  
**PROPOSICIONES DE LEY**

31 de enero de 2020

Núm. 46-1

Pág. 1

---

**PROPOSICIÓN DE LEY**

**122/000020 Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.**  
**Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.**

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

(122) Proposición de ley de Grupos Parlamentarios del Congreso.

Autor: Grupo Parlamentario Socialista.

Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Acuerdo:

Admitir a trámite, trasladar al Gobierno a los efectos del artículo 126 del Reglamento, publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales y notificar al autor de la iniciativa.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena la publicación de conformidad con el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 28 de enero de 2020.—P.D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Carlos Gutiérrez Vicén**.

A la Mesa del Congreso de los Diputados

En nombre del Grupo Parlamentario Socialista me dirijo a esa Mesa para, al amparo de lo establecido en el artículo 124 y siguientes del vigente Reglamento del Congreso de los Diputados, presentar la siguiente Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Palacio del Congreso de los Diputados, 24 de enero de 2020.—**Rafael Simancas Simancas**, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista.

cve: BOCG-14-B-46-1



# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 2

### PROPOSICIÓN DE LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

#### Exposición de motivos

La presente ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestra doctrina bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendientes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente —cuidados paliativos—) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores. Y es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que en quien la realiza no existe una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el

ov: BOCG-14-B-46-1

11

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 3

propio o la propia paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción, o, incluso, su suministro con el fin de que el o la paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un o una paciente de manera deliberada y a petición de este o esta, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física y mental en que se encuentra la persona, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda a morir.

En definitiva, esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe coexistir también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

### II

La presente ley consta de cinco capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de enfermedad grave e incurable o de enfermedad grave, crónica e invalidante causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la existencia de una Comisión de Control y Evaluación que ha de controlar de forma tanto previa como posterior el respeto a la ley.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando

cve: BOCG-14-B-46-1



# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 4

también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio de la persona solicitante. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el capítulo V regula las comisiones de control y evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta ley, se considerará que fallecen por muerte natural, y a establecer un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanasicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente ley.

### CAPÍTULO I

#### Disposiciones generales

##### Artículo 1. Objeto.

El objeto de esta ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

##### Artículo 2. Ámbito de aplicación.

Esta ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tengan domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

##### Artículo 3. Definiciones.

A los efectos de lo previsto en esta ley, se entiende por:

a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en el párrafo f).

b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

c) «Enfermedad grave e incurable»: toda alteración del estado de la salud provocada por un accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del o la paciente, que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

d) «Médico responsable» o «Médica responsable»: facultativo o facultativa que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del o la paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

e) «Médico consultor» o «Médica consultora»: facultativo o facultativa con formación en el ámbito de las patologías que padece el o la paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico o médica responsable.

f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.

cw: BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 5

g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

### CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico o médica responsable. Debe quedar constancia de esa información en la historia clínica del o la paciente.

Artículo 5. Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en el apartado anterior en aquellos casos en los que el médico o médica responsable certifique que el o la paciente está incurso en situación de incapacidad de hecho permanente, cumpla lo previsto en el apartado 1.d) anterior y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas o documento equivalente, en cuyo caso, se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico o la médica responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud.

ov: BOCG-14-B-46-1

## BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

### CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 6

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el o la paciente solicitante.

En caso de encontrarse este impedido físicamente para fechar y firmar el documento, otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico o la médica responsable, lo entregará a este o esta. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del o la paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico o médica responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas o documento equivalente suscrito previamente por el o la paciente.

Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico o médica responsable, salvo que la misma derive del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria prevista en el artículo 16.

2. Contra dicha denegación, la persona solicitante o, ante la situación de incapacidad de hecho de este, la persona que de acuerdo a lo previsto en el artículo 6.4 hubiera presentado la solicitud en su nombre, podrán presentar en el plazo máximo de cinco días hábiles una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarles de esta posibilidad.

3. El médico o la médica responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión de Control y Evaluación competente, deberá remitir en el plazo de quince días después de recibida la solicitud, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y el motivo de la denegación.

#### CAPÍTULO III

##### Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Artículo 8. Procedimiento a seguir por el médico o médica responsable cuando exista una solicitud previa de prestación de ayuda para morir.

1. Una vez recibida la solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico o la médica responsable en el plazo máximo de dos días, una vez verificados que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1, a), c) y d), realizará con el o la paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico o médica responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico o la médica responsable recabará del o la paciente solicitante su decisión de continuar o decaer de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el o la paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico o médica responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, si lo hubiere, especialmente a los y las profesionales de enfermería, así como en el caso de que así lo solicitara el o la paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del o la paciente la firma del documento del consentimiento informado.

ovr: BOCG-14-B-46-1



## BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

### CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 7

En el caso de que el o la paciente decidiera decaer de su solicitud, el médico o médica responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial, si lo hubiere.

3. El médico o la médica responsable deberá consultar a un médico o médica consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del o la paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante.

4. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico o la médica responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control competente al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico o médica responsable, en cuyo caso se procederá de la forma prevista en el artículo 12.

Artículo 9. Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una incapacidad de hecho.

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico o la médica responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Artículo 10. Control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control.

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.4, párrafo primero, el presidente o la presidenta de la Comisión de Evaluación y Control designará en los dos días siguientes a dos miembros de la misma, para que, con carácter previo al pronunciamiento definitivo posterior del órgano colegiado, comprueben si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros de la comisión designados tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el médico o médica responsable o con el personal que actúe bajo la dirección de este o esta, así como con la persona solicitante.

3. En el plazo máximo de siete días naturales, y una vez evaluado el cumplimiento de lo previsto en esta ley, los miembros designados elevarán a la Comisión una propuesta para la aprobación o, en su caso, denegación de la solicitud de prestación de ayuda para morir. El contenido de la citada propuesta no vinculará el sentido de la resolución definitiva de la Comisión.

4. La resolución definitiva de la Comisión deberá ponerse, en el plazo más breve posible, en conocimiento del médico o médica responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda a morir.

5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridos ante la jurisdicción contencioso administrativa.

Artículo 11. Realización de la prestación de ayuda a morir.

1. Una vez recabada la resolución positiva por parte de la Comisión de Evaluación y Control competente, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios.

En el caso de que el o la paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico o médica responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.

2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.i) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.

3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.ii) el médico o médica responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

cve: BOCG-14-B-46-1

## BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

### CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 8

Artículo 12. Comunicación a la Comisión de Control y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda a morir.

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico o la médica responsable deberá remitir a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad autónoma o ciudad autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

a) El primer documento, sellado por el médico o la médica responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:

i) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.

ii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico o médica responsable.

iii) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico o médica consultor cuya opinión se ha recabado.

iv) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un o una representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del o la paciente incapacitado de hecho.

b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:

i) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.

ii) Fecha y lugar de la muerte.

iii) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.

iv) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante).

v) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.

vi) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.

vii) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.

viii) Procedimiento seguido por el médico o la médica responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.

ix) Capacitación de las y los médicos consultores y fechas de las consultas.

#### CAPÍTULO IV

##### Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

Artículo 13. Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.

2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley.

Artículo 14. Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la ley un manual de buenas prácticas con los que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

ow: BOCG-14-B-46-1

# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

## CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 9

2. La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados, o concertados, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

Artículo 15. Protección de la intimidad y confidencialidad.

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los y las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Artículo 16. Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir.

1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

### CAPÍTULO V

#### Comisiones de Control y Evaluación

Artículo 17. Creación y composición.

1. Existirá una Comisión de Control y Evaluación en cada una de las comunidades autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla.

2. Dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por acuerdo de los respectivos gobiernos autonómicos y del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, en los que se determinará su régimen jurídico.

3. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá crearse y constituirse antes del término del plazo de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de esta ley.

4. Cada Comisión de Control y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Artículo 18. Funciones.

Son funciones de la Comisión de Control y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico o la médica responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Control y Evaluación competente requerirá a la dirección del centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico o médica del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

ov: BOCG-14-B-46-1



**BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES**  
**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

Serie B Núm. 46-1

31 de enero de 2020

Pág. 10

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución, dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos y requisitos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Control y Evaluación se considerara afectada, este o esta podrá retirarse voluntariamente o ser recusado o recusada.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico o médica responsable la información recogida en la historia clínica del o la paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

En el caso de que dos tercios o más de los miembros de la Comisión de Control y Evaluación consideren que no se han cumplido las condiciones y procedimientos establecidos en esta ley, deberá comunicarlo a la dirección del centro sanitario para que proceda a la apertura de una investigación. El centro sanitario deberá poner en conocimiento de la Comisión las conclusiones de la investigación y adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta aplicación de la ley.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la ley en su ámbito territorial concreto.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los Gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

**Artículo 19. Deber de secreto.**

Los miembros de las Comisiones de Control y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

**Disposición adicional primera. Sobre la causa de muerte.**

La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.

**Disposición adicional segunda. Régimen sancionador.**

Las infracciones de lo dispuesto por la presente ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la posible responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria que pueda corresponder.

**Disposición transitoria única. Régimen jurídico de las Comisiones de Control y Evaluación.**

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Control y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª, del capítulo II, del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

**Disposición derogatoria única. Derogación normativa.**

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta ley.

cve: BOCG-14-B-46-1

**BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES**  
**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

**Serie B Núm. 46-1**

**31 de enero de 2020**

**Pág. 11**

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Se modifica el apartado 4 del artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«4. No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria.»

Disposición final segunda. Título competencial.

Esta ley se dicta al amparo del artículo 149.1.16.ª de la Constitución española que atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Disposición final tercera. Carácter ordinario de determinadas disposiciones.

La presente ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 14, 15, 16.2, 17, 18, disposiciones adicionales primera y segunda, disposición transitoria única y disposición derogatoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

Disposición final cuarta. Entrada en vigor.

La presente ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

coe: BOCG-14-B-46-1

<http://www.congreso.es>  
D. L.: M-12.580/1961

**CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid  
Teléf.: 91 390 60 00

Edición electrónica preparada por la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado – <http://boe.es>

Anexo 2. Carta al comité de ética.



**CARTA AL COMITÉ DE ÉTICA**

Estimados Señores y Señoras

En este documento se adjunta la documentación relativa al proyecto de investigación titulado “Opinión sobre la eutanasia de enfermeras y médicos de centros de larga estancia”, del cual soy investigadora principal, para que sea evaluado y, si se considera, aprobado por el Comité Ético del centro.

Se adjunta:

- Consentimiento informado para los participantes
- Informe sobre la investigación

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del equipo investigador

### Anexo 3. Hoja de información y consentimiento informado a los participantes.

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

- El objetivo principal de esta investigación es conocer la opinión sobre la eutanasia de enfermeras, enfermeros, médicos y médicas que trabajan en centros de larga estancia.
- El procedimiento del estudio consistirá en una entrevista personal, de duración de no más de dos horas, en el lugar que se acuerde con su centro de trabajo y cuya fecha se acordará con usted previamente.
- Toda la información recogida se guardará por la Investigadora Responsable de la Universidad Autónoma de Madrid y será manejada exclusivamente para este estudio.
- La información recaudada se analizará y utilizará por la investigadora y contrastada posteriormente con otros medios (el resto del equipo de investigación, literatura, etc.)
- Todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Su participación no implica ningún daño o podrá causar ningún peligro para su salud física o mental.
- Su participación es voluntaria, por lo que es libre de participar o no en el estudio, así como puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto tenga repercusiones para su persona.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PARTICIPANTES**

Yo \_\_\_\_\_ he sido informado/a por  
\_\_\_\_\_, colaborador del trabajo: "Opinión de  
enfermeras y médicos de centros de larga estancia sobre la eutanasia", declaro que:

- He recibido información sobre el proyecto
- He podido realizar preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas
- Doy permiso para grabar durante la entrevista

Comprendo que mis datos serán confidenciales y que serán tratados tal y como indica el  
Comité de Ética de la Investigación.

Comprendo que puedo retirarme del estudio

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones

Doy mi conformidad para participar en este estudio SI/NO

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

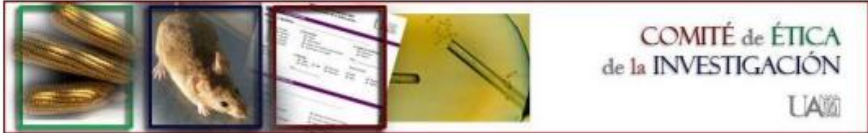
Firma del participante

Firma del equipo investigador



Anexo 4. Solicitud de Evaluación por el Comité de Ética de la Investigación (CEI-UAM) para Trabajos de Investigación en el Ámbito Docente. Anexo 1B.

**ANEXO 1B**



**Solicitud de evaluación por el Comité de Ética de la Investigación (CEI-UAM) para trabajos de investigación en el ámbito docente**

De acuerdo con el Reglamento del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid, los trabajos de investigación que se realicen en el ámbito docente (lo que incluye Trabajos Fin de Grado y Trabajos Fin de Master, entre otros posibles) deben solicitar la evaluación de dicho Comité cuando la investigación implique a seres humanos o la utilización de muestras de origen humano, la obtención y el tratamiento de datos de carácter personal, la experimentación animal y la utilización de agentes biológicos de riesgo u organismos modificados genéticamente, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente. Dichos trabajos, en el momento de ser solicitados o adjudicados (según especifique cada titulación), deberán presentar (junto con la documentación solicitada en cada caso) el presente documento debidamente cumplimentado.

CURSO:

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

TÍTULO DEL TRABAJO:

TIPO DE TRABAJO (especificar TFG, TFM u otro) Y TITULACIÓN:

Indicar si la propuesta contempla alguno/s de los siguientes aspectos:

A: Investigación con seres humanos o uso de datos personales.....

SI ☐ NO ☐

B: La Investigación implica contacto habitual con menores.....

SI ☐ NO ☐

C: Utilización de muestras biológicas humanas o información genética...

SI ☐ NO ☐

D: Experimentación animal.....

SI ☐ NO ☐

E: Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana, animal o para las plantas ..

SI ☐ NO ☐

F: Uso de organismos modificados genéticamente (OMGs).....

SI ☐ NO ☐

1

**En caso de haber contestado afirmativamente** a uno o más ítems, indicar si el trabajo se hace dentro de un Proyecto de Investigación más amplio que cuenta con la aprobación de un CEI. En tal caso, deberá aportar dicho documento de aprobación junto a la propuesta de TFM o TFG.

Título del Proyecto:   
Investigador Principal:   
Fecha y código de aprobación del CEI:

Si el TFM o TFG no se enmarca en un Proyecto ya aprobado, se ha de adjuntar una breve memoria que incluya las actividades a realizar, incluyendo la metodología y el material -en su caso- que se va a utilizar. Además, se adjuntará la siguiente documentación:

- **En el supuesto A**, si la investigación es prospectiva, se deberá aportar el documento de consentimiento informado que se utilizará, donde conste la información detallada que recibirá el participante en el estudio. Si la investigación es retrospectiva se deberá establecer un compromiso de confidencialidad sobre los posibles datos identificativos de los participantes. En cualquier caso, **se detallará si los datos o el material obtenido serán anonimizados o codificados y cómo se custodiarán**. También deberá indicarse el modo de reclutamiento de los participantes. Si se trata de experimentación clínica se debe adjuntar el informe del Comité de Ética del Centro en el que se llevará a cabo la experimentación, señalando la extensión de esta autorización (usos restringidos al proyecto, o para otros usos relacionados).
- **En el supuesto B**, aportar la certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.(\*). En el caso de estudiantes extranjeros (incluidos los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea), este certificado deberá ser complementado con certificado equivalente expedido por el país de su nacionalidad, pudiendo aceptarse la aportación por parte del interesado del resguardo de haber solicitado el certificado a las autoridades de su país junto con una declaración responsable, (\* 2)con carácter provisional hasta la aportación del certificado original.
- **En el supuesto C**, si la investigación es prospectiva, se deberá aportar el documento de consentimiento informado a utilizar donde conste la información detallada que recibirá el participante en el estudio. Si la investigación es retrospectiva deberá presentarse la autorización del uso de las muestras, que deberán tratarse de forma anónima, a menos que se justifique adecuadamente la necesidad del tratamiento de forma no anónima, en cuyo caso se necesitará consentimiento informado y documento de confidencialidad.
- **En el supuesto D**, se deberá adjuntar el Informe del Órgano Encargado del Bienestar de los Animales (OEBA) y, en su caso, del Órgano Habilitado.

- **En el supuesto E**, se debe adjuntar el informe del Comité de Bioseguridad o del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Centro en el que se llevará a cabo la experimentación. Asimismo, se deberán enumerar los agentes biológicos a utilizar y describir las medidas de contención del laboratorio donde se van a realizar los trabajos.
- **En el supuesto F**, se debe adjuntar el informe del Comité de Bioseguridad o del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Centro en el que se llevará a cabo la experimentación. Se debe declarar la categoría de riesgo de los OMGs empleados y su procedencia, así como los organismos receptores y donantes empleados y los vectores utilizados.

(\*) <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ciudadanos/tramites-gestiones-personales/certificado-delitos>

(\* 2) <http://www.uam.es/otros/ceiuam/documentCEI.htm>

Nombre y Apellidos del estudiante:
Nombre y Apellidos del Director:
Nombre y Apellidos del Tutor (si el Director es externo):
Departamento:
Centro:
Teléfono:
Correo electrónico:

Firma del estudiante

Firma(s) del Director y del Tutor (en su caso)

Fecha:



## Anexo 5. Guion de la entrevista.

Tema	Preguntas
<b>Datos sociodemográficos</b>	<p>Edad.</p> <p>Explorar valores y creencias.</p> <p>A parte de la formación general, ¿tiene otro tipo de formación más específica? ¿De qué tipo?</p> <p>Hábleme sobre su experiencia laboral, ¿lleva mucho tiempo trabajando en este tipo de centros/servicios?</p>
<b>Conceptos</b>	<p>Defina qué es la eutanasia, el suicidio asistido y la limitación del esfuerzo terapéutico. ¿Qué diferencias o semejanzas cree que hay entre estos términos?</p> <p>¿Qué son los cuidados paliativos?</p> <p>¿Qué es para usted la calidad de vida? ¿Cuándo considera que una persona no tiene una buena calidad de vida?</p>
<b>Plano personal</b>	<p>Explorar posición ante la eutanasia. ¿Está a favor o en contra de la eutanasia? ¿Por qué?</p> <p>¿Ha vivido alguna experiencia cercana que en algún momento de su vida le haya hecho reflexionar sobre este tema?</p> <p>La aprobación de la eutanasia ¿le supondría un conflicto ético? ¿De qué tipo y por qué?</p> <p>Si una persona, por su situación de salud, le dijera que lo ha estado pensando y no encuentra ningún motivo para continuar con su vida, ¿qué le diría?</p> <p>A lo largo de la historia en nuestro país han existido casos muy mediáticos de pacientes que han pedido la eutanasia y finalmente han sido sus familias quienes han tomado la decisión de llevar este acto a cabo ¿qué cree que haría en su lugar?</p> <p>¿Considera que es un acto egoísta que una persona pida la eutanasia?</p>
<b>Plano profesional</b>	<p>Como sanitario, ¿cómo se siente cuando ve que sus pacientes no evolucionan y la enfermedad sigue su curso?</p> <p>¿Cómo cree que reaccionaría si algún paciente expresara su deseo de morir? ¿Le ha ocurrido alguna vez?</p> <p>¿Cree que esta práctica se podría realizar en cualquier centro o piensa que debería haber centros con personal especializado para ello? ¿Por qué?</p> <p>En cuanto a la dicotomía cuidados paliativos y eutanasia, ¿considera que existiendo unos buenos cuidados paliativos la eutanasia no es necesaria o cree que son ámbitos completamente distintos?</p> <p>¿Qué opina sobre que en algunos países como Bélgica la eutanasia sea aplicable a menores de edad?</p>

	<p>Pongamos un supuesto, un profesional ha presentado la objeción de conciencia y un paciente suyo quiere solicitar la eutanasia ¿cómo abordaría esta situación?</p>
<p><b>Conocimientos sobre la legislación</b></p>	<p>¿Considera necesario que se legalice la eutanasia? ¿A quién cree que podría beneficiar o perjudicar dicha legalización?</p> <p>¿Qué conoce de la legislación vigente en Europa sobre eutanasia y suicidio asistido?</p> <p>En enero de 2020 se creó una Propuesta de Ley presentada para la legalización de la eutanasia en España ¿qué sabe sobre ella?</p> <p>¿Considera que es una propuesta adecuada o cambiaría alguno de los puntos? ¿Cuáles y por qué?</p> <p>Dado que en este centro se trabaja con muchos tipos de pacientes y que algunos de ellos podrían solicitar esta prestación por su situación de salud y usted conoce sus necesidades ¿cómo sería su propuesta para una ley que regule la eutanasia?</p>
<p><b>Formación</b></p>	<p>¿Cree que actualmente los profesionales sanitarios están preparados para llevar a cabo un acto eutanásico? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué clase de formación cree que deberían recibir los profesionales sanitarios si se aprobara esta ley?</p>

Anexo 6. Tabla de transcripción.

SÍMBOLO	NOMBRE	USO
[ texto ]	Corchetes	Indica el principio y el final de solapamiento entre hablantes. Pienso que no [puedo] [no puedes] hacerlo
=	Signo de igual	Indica un cambio de turno sin interrupción. Quiero decirte que= =que te tienes que marchar
(# de segundos)	Pausa	Un número entre paréntesis indica la duración, en segundos, de una pausa en el habla. (0.3) (2.3)
(.)	Micropausa	Una pausa breve, normalmente menos que 0.2 segundos
. o ↓	Punto o flecha hacia abajo	Preceden a una bajada marcada de entonación.
? o ↑	Signo de interrogación o flecha hacia arriba.	Precede a una subida marcada de entonación.
,	Coma	Indica una subida o bajada temporal en la entonación.
-	Guión	Indica una finalización brusca o la interrupción brusca de una palabra o sonido. Claro–
>texto<	Símbolos de mayor que / menor que	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más rápida de lo habitual para el hablante
<texto>	Símbolos de menor que / mayor que	Indica que el texto entre los símbolos se dijo de una forma más lenta de lo habitual para el hablante
°	Símbolo de graduación	Indica susurro o expresiones más silenciosas que el resto. Es que °no quería hacerlo°
MAYÚSCULAS	Texto en mayúsculas	Indica grito o expresiones más sonoras que el resto.
<u>subrayado</u>	Texto subrayado	Indica palabras o partes de palabras que son acentuadas por el hablante.
:::	Dos puntos(s)	Indican la prolongación del sonido inmediatamente anterior. Fantás:::tico

SÍMBOLO	NOMBRE	USO
(hhh)		Exhalación audible
? o (.hhh)		Inhalación audible
( texto )	Paréntesis	Fragmento incomprensible o del que se tienen dudas. Puede estar vacío o poner lo que se cree haber oído. Puede ir acompañado de especificación de tiempo. (no comprensible 3.4)
(( <i>cursiva</i> ))	Doble Paréntesis	Anotación de actividad no-verbal <i>((sonríe mientras habla))</i>
(x)		Duda o tartamudeo Yo (x) yo creo que
£palabras£	Libra esterlina	El símbolo de libras esterlinas encierran mensajes en "voces de sonrisa"

Fuente: tomada de Jefferson (1985)